

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**



**“ FRECUENCIA DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS,
NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 4 A 16 AÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA
DE LAS ESCUELAS DEL CANTÓN BIBLIÁN DURANTE EL PERÍODO JULIO
2015–FEBRERO 2016”**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO**

AUTORAS:

Ana Gabriela Cañar Mendes

María Belén Vélez Jaigua

DIRECTORA Y ASESORA:

Dra. Lourdes Huiracocha Tutivén

**CUENCA-ECUADOR
2016**



RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: Determinar la frecuencia de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños, niñas y adolescentes (NNA) de 4 a 16 años con problemas de conducta de las escuelas del cantón Biblián durante el período Julio 2015-Febrero 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo que detectó a los NNA con problemas de conducta a través del test de Conners versión corta para maestros para después evaluar con el equipo conformado por psicólogos y pedagogos la presencia o no de TDAH. La escala de Conners de detección se aplicó a 1708 NNA de 4 a 16 años de edad de las escuelas fiscales del cantón Biblián, 94 fueron los NNA con problemas de conducta; el diagnóstico de TDHA realizado por el equipo se hizo con la confirmación de los criterios del DSM-5. Los resultados fueron procesados en el sistema SPSS 22.0.

RESULTADOS: La media de edad de los 94 NNA con problemas de conducta detectados con el test de Conners versión corta para maestros fue de 7.3 años, el 64.9 % fueron de sexo masculino y el 47.9 % correspondió a preescolares. De los 94 NNA el 39.4 % presentó TDHA de los cuales el 73 % fueron del sexo masculino, con una relación de 3 a 1 respecto a las niñas. El 32.5 % de los NNA con TDAH no alcanza los aprendizajes requeridos.

CONCLUSIONES: El TDAH es una entidad frecuente en los NNA escolares con problemas de conducta y debe ser considerado en procesos educativos.

PALABRAS CLAVE: Déficit de atención e hiperactividad, niños, adolescentes, rendimiento académico.



ABSTRACT

GENERAL OBJECTIVE: To determine the frequency of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents (NNA) from 4 to 16 years with behavioral problems in schools in the canton Biblián during the period July 2015-February 2016.

MATERIALS AND METHODS: A descriptive study that detected the NNA with behavioral problems through The test Conners short version for teachers to then be evaluated by psychologists and pedagogues team the ADHA presence or absence. The Conners detection scale was applied to 1708 NNA from 4 to 1 years old from publics schools in Biblián canton, 94 were children and adolescents with behavioral problems, the ADHD diagnostic done by the team it was done with the confirmation DSM-5. The results were processed in the SPSS 22.0 system.

RESULTS: The mean age of the 94 NNA with behavioral problems detected with the test Conners short version for teachers were 7.3 years, 64.9 % were male and 39.4 % were preschoolers, the 94 NNA 39.4% presented ADHD which 73% were male, with a relation of 3 to 1 over girls. 32.5% children and adolescents with ADHD does not reach the required learning.

CONCLUSIONS: ADHD is common in children and adolescents school with behavioral problems and it should be considered in educational processes.

KEYWORDS: Attention deficit hyperactivity disorder, children, adolescents, academic performance.



INDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	6
RESPONSABILIDAD	8
DEDICATORIA	10
CAPÍTULO I	13
1.2 Planteamiento del problema	15
1.3 Justificación	18
CAPÍTULO II	21
2.2 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	22
2.2.3 Cuadro Clínico.....	24
CAPÍTULO III	30
3. Objetivos	30
3.1 Objetivo General	30
3.2 Objetivos Específicos	30
CAPÍTULO IV	31
4.Diseño Metodológico.....	31
4.1 Tipo de estudio	31
4.2 Área de estudio	31
4.3 Universo	31
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	31
4.4.1 Criterios de inclusión	31
4.4.2 Criterios de exclusión	31
4.5 Métodos, Técnicas, e Instrumentos	31
4.6 Aspectos éticos	33
4.7 Variables	33
4.7.1 Operacionalización de las Variables	34
CAPÍTULO V	35
ANA GABRIELA CAÑAR MENDES	
MARÍA BELÉN VÉLEZ JAIGUA	



5. Resultados	35
CAPÍTULO VI.....	38
6. Discusión	38
CAPÍTULO VII.....	41
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	41
7.1 Conclusiones.....	41
7.2 Recomendaciones	42
8. Bibliografía.....	43
9. Anexos	49



AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Ana Gabriela Cañar Mendes, autora del proyecto de investigación **“FRECUENCIA DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 4 A 16 AÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DE LAS ESCUELAS DEL CANTÓN BIBLIÁN DURANTE EL PERÍODO JULIO 2015–FEBRERO 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art.5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio del 2016

Ana Gabriela Cañar Mendes

CI: 0105061667



AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, María Belén Vélez Jaigua, autora del proyecto de investigación “**FRECUENCIA DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 4 A 16 AÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DE LAS ESCUELAS DEL CANTÓN BIBLIÁN DURANTE EL PERÍODO JULIO 2015– FEBRERO 2016**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art.5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio del 2016

María Belén Vélez Jaigua

CI: 0106391808



RESPONSABILIDAD

Yo, Ana Gabriela Cañar Mendes, autora del proyecto de investigación **“FRECUENCIA DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 4 A 16 AÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DE LAS ESCUELAS DEL CANTÓN BIBLIÁN DURANTE EL PERÍODO JULIO 2015–FEBRERO 2016”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio de 2016

Ana Gabriela Cañar Mendes

CI: 0105061667



RESPONSABILIDAD

Yo, María Belén Vélez Jaigua, autora del proyecto de investigación “**FRECUENCIA DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 4 A 16 AÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DE LAS ESCUELAS DEL CANTÓN BIBLIÁN DURANTE EL PERÍODO JULIO 2015– FEBRERO 2016**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio de 2016

María Belén Vélez Jaigua

CI: 0106391808



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme ser parte de la existencia humana y poder compartir con los más necesitados.

A mis abuelitos, Víctor y Edelina, que fueron como mis padres durante mi niñez por impulsarme a seguir adelante cada día de mi vida y nunca rendirme.

A mis padres, por la enseñanza y la preparación holística brindada todos los días de mi vida.

A todas las personas que me apoyaron de una u otra forma a cumplir el sueño de ayudar a los demás mediante el conocimiento médico.

Ana Gabriela Cañar Mendes

ANA GABRIELA CAÑAR MENDES
MARÍA BELÉN VÉLEZ JAIGUA



DEDICATORIA

A Dios, por acompañarme en este largo y duro camino, por ser mi fortaleza, por derramar sobre mi tanto amor y brindarme la oportunidad de servir en esta maravillosa y noble profesión.

A mi madre, por todas sus enseñanzas y esfuerzo, por sacrificar sus sueños a cambio de los míos.

A mi hermana, Nicole, que con su alegría y confianza motivó cada uno de mis días.

A mis abuelitos, Heliodoro y Rosario, por su inmenso amor y apoyo incondicional.

A mi mejor amigo, mi tío Alejandro por enseñarme que cada día es una nueva oportunidad para luchar incansablemente sin dar un paso atrás

María Belén Vélez Jaigua



AGRADECIMIENTO

A Dios, por habernos guiado y por ser nuestra fortaleza para no rendirnos ante las adversidades que se nos presentaron.

A las instituciones que colaboraron en la investigación Daniel Muñoz, Emma Vicuña Prieto, Esther Angélica Valdivieso, Pichincha, 3 de Mayo, Víctor Gerardo Aguilar, Héroes de Verdeloma, Colombia.

A la Dra. Lourdes Huiracocha Tutivén, quién con paciencia y comprensión, supo orientarnos con sabiduría.

A nuestros amigos más cercanos por el apoyo y por sus palabras de motivación en los momentos más complicados durante la elaboración de este proyecto de investigación.

Las Autoras.



CAPÍTULO I

1.1 Introducción

La conducta es la serie de acciones corporales motrices, gestuales, verbales, como respuestas instantáneas; se considera adecuada cuando cumple un patrón aceptado por todos, pero que no limita el desarrollo individual. Los niños y niñas que están en proceso de aprendizaje presentan una mayor variabilidad de la conducta es entonces cuando los padres y maestros toman un papel crucial al orientarlos en la adquisición de una conducta adecuada. ⁽¹⁾

Se denomina problemas de conducta a las acciones que se salen del patrón considerado apropiado para la edad y que interfieren en el cumplimiento de las actividades de la vida diaria de forma permanente causando conflictos de convivencia. Los problemas de conducta son una expresión de signos que tienen como etiología diversas entidades como: problemas en el desarrollo del lenguaje, discapacidad intelectual, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastorno específico del aprendizaje, trastorno del espectro autista y otros. ^(1, 2, 3)

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es una enfermedad muy compleja que afecta la atención, que en condiciones normales es el proceso que permite a un individuo seleccionar la información. Al ser la atención un factor determinante para el aprendizaje, un déficit trae graves consecuencias dentro de las más importantes que podemos citar está el fracaso escolar. Además, este trastorno se caracteriza por ir acompañado de hiperactividad e impulsividad entidades que impiden al individuo afectado entrar en contacto con otros niños, dificulta el trabajo escolar, y el castigo se convierte en una situación común para ellos. ^(4, 5)

Los niños afectados con este trastorno tienen mayor riesgo de involucrarse en situaciones vulnerables en posteriores etapas de su vida como: abuso de sustancias



psicotrópicas, conductas sexuales irresponsables, delincuencia, dificultades interpersonales, bajos logros académicos y económicos. (5, 6, 7, 8)

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad se clasifica en tres subtipos: 1) Inatento, 2) Hiperactivo- impulsivo, 3) Combinado. Para establecer el diagnóstico de TDAH, según los criterios del DSM-5, el niño (a) debe haber presentado la sintomatología antes de los 12 años y la misma debe haber persistido por lo menos 6 meses en dos contextos distintos. (5, 6, 7, 8)

El diagnóstico que suele ser complejo se desarrolla a través de la aplicación de instrumentos neuropsicológicos para evaluar la atención, la conducta, el proceso de aprendizaje que es realizado por un equipo multidisciplinario que luego de obtener los resultados confronta los mismos con los criterios del DSM-5 para ratificar el diagnóstico. El test de Conners es una de las herramientas utilizadas, es un cuestionario sistematizado respondido por padres y/o docentes, que da cuenta del comportamiento inatento o impulsivo del niño evaluado. (9, 10, 11)

Este proyecto de investigación cuenta con siete capítulos de los cuales en el capítulo I se expone la introducción que plantea los antecedentes, la pregunta y la justificación de la investigación, en el capítulo II se da a conocer el marco teórico explicando las principales premisas tales como definiciones de problemas de conducta, etiología de los problemas de conducta, herramientas y proceso diagnóstico del TDHA, el capítulo III explica el objetivo general y los específicos planteados, en el capítulo IV se describe el diseño metodológico, el capítulo V muestra los resultados obtenidos y el análisis, luego en el capítulo VI se presenta la discusión de los resultados obtenidos comparados con los hallados en proyectos de investigación a nivel nacional e internacional y por último en el capítulo VII se exponen las conclusiones y recomendaciones.



1.2 Planteamiento del problema

Durante la niñez pueden evidenciarse patologías que repercuten en el aprendizaje y en la capacidad de adaptación del niño al entorno social, dichas patologías suelen expresarse en el individuo afectado como problemas de conducta, una de las más frecuentes es el TDAH. ⁽²⁾

El TDAH es el síndrome neurológico más común durante el período escolar, caracterizado por hiperactividad, impulsividad e inatención, inadecuadas para el grado de desarrollo del niño, suele afectar diversas áreas conductuales y cognitivas en distintas etapas de la vida con implicaciones severas en el funcionamiento familiar, escolar, laboral-socioeconómico. La prevalencia de esta condición es más alta en los niños que en las niñas y el subtipo más frecuente es el combinado. ^(4, 6,12)

La prevalencia a nivel mundial ha ido en aumento es así que en un meta-análisis del 2007 que consideró los criterios del DSM y el CIE-10 para el diagnóstico de TDAH reportó una prevalencia del 5.3 %, mientras que para el 2015 en otro meta-análisis que usó los criterios diagnósticos del DSM-III, DSM III-R, y DSM-IV encontró una prevalencia a nivel mundial del 7.2 %. ^(12, 17)

En el año 2005, datos estadísticos de Colombia, revelaban una prevalencia de TDAH del 15.86 % en niños de 4 a 17 años de edad, si se consideraban positivos los escolares con un coeficiente intelectual de 80 o más y del 20.43 %, si no se exigía un valor mínimo de la prueba de inteligencia, se encontró mayor número de casos en el sexo masculino, el subtipo más frecuente fue el combinado con 43.8 %, seguido del inatento y el hiperactivo con 30.1 % y 26 % respectivamente. ⁽¹⁴⁾



Chile, en 2009, en un estudio realizado en la ciudad de Antofagasta reportó una prevalencia del 1.3 %, evaluando a los sujetos en dos ambientes: casa y escuela; el trastorno se presentó con más frecuencia en los niños que en las niñas y el grupo de edad en donde se halló mayor número de casos fue en la de 6 a 8 años. ⁽¹⁵⁾

En México en un estudio realizado en el año 2015 en las escuelas de las ciudades de Tepatlán de Morelos, Arandas, San Miguel el Alto, y San Juan de los Lagos en donde evaluaron a 8 630 niños encontraron una prevalencia de TDAH del 9.11 %, el subtipo más frecuente fue el combinado con un 60 % y la relación hombre mujer fue de 2 a 1. ⁽¹⁶⁾

En Ecuador, en un estudio realizado en 2015 en donde se evaluó a 246 estudiantes de la ciudad de Quito con edades comprendidas entre 14 y 18 años se encontró que el subtipo de TDAH más frecuente fue el combinado con 7.3 %, sin una diferencia significativa en el sexo ya que tanto varones como mujeres presentaron iguales niveles de impulsividad, hiperactividad y dificultades atencionales. ⁽¹⁸⁾

En Cuenca en un estudio realizado en el año 2011 en preescolares con problemas de conducta de los Centros Municipales de Desarrollo Infantil, aplicando el Test de Conners versión abreviada para maestros y el test de Apgar familiar, descubrieron una prevalencia de problemas de conducta del 24.8 %, encontrándose relación de riesgo con sexo masculino y bajo rendimiento académico. ⁽¹⁾

Pero no solo es importante destacar la prevalencia sino la relación del TDAH con factores asociados como: el bajo rendimiento académico, riesgo de adquirir adicciones, incapacidad de buenas relaciones interpersonales, entre otros.



El TDAH es comúnmente asociado a bajo rendimiento académico que conlleva a un menor índice de graduación en la secundaria y en la educación superior, mayor frecuencia de deserción escolar y pobre inserción laboral. Así pues podemos citar un estudio realizado en Colombia en el año 2013, en donde se evaluaron un total de 71 niños, 30 con TDAH y 41 sin TDAH con el objetivo de determinar el riesgo de fracaso escolar y mal rendimiento académico, encontrando que el 10 % de los niños con TDAH presentaron fracaso escolar versus el 0 % de los niños sin TDAH ($p: 0.039$), el bajo rendimiento escolar se presentó en el 6.7 % de los niños con TDAH versus el 0 % de los niños sin TDAH ($p: 0.094$), adicionalmente se encontró que las calificaciones fueron más bajas en los niños con TDAH en las áreas de matemáticas, español e inglés. ⁽¹⁸⁾

En otro estudio publicado por la revista Jama Psychiatry en el año 2012, en donde se realizó un seguimiento durante 33 años a 135 individuos con diagnóstico de TDAH (casos) y 136 sin TDAH (controles), evaluando el logro educativo, ocupacional, el funcionamiento social y el número de veces que han estado encarcelados, obteniendo que en promedio el grupo con diagnóstico de TDAH tenía dos años y medio menos de estudio que el grupo control, el 31.1 % no completó la secundaria frente al 4.4 % del grupo control y tan solo el 3.7 % del grupo de casos alcanzó grados más altos de educación. Del mismo modo se halló que el grupo con diagnóstico de TDAH, tenía niveles más bajos de logro ocupacional y por ende un estatus socioeconómico más pobre. En cuanto al funcionamiento social en el grupo de casos se encontró que estaba entre normal y bueno mientras que en el grupo control era bueno y muy bueno. Aunque la mayoría de los individuos de ambos grupos estaban habitando con su cónyuge significativamente más individuos del grupo de casos se divorciaron (9,6 % vs 2,9 %, $p = 0,02$). Por otro lado se encontró que en el grupo de casos existía 3 veces más probabilidad de uso de drogas que en los individuos del grupo control ($p = 0,04$). En cuanto a encarcelamientos se



obtuvo una proporción significativamente mayor en el grupo de casos con un 36,3 % frente al 11,8 % en el grupo control ($p < 0,001$).⁽²⁰⁾

Por las circunstancias mencionadas es de interés investigar los problemas de conducta y dentro de estos el TDAH, así la pregunta de esta investigación es ¿Cuál es la frecuencia de TDAH en NNA con problemas de conducta?

1.3 Justificación

En el Ecuador existen leyes que protegen y garantizan el pleno desarrollo de los NNA, entre las más destacadas están la Ley Orgánica de Salud (art. 6), el Código de la Niñez y Adolescencia en la parte de corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia (art. 8) y de la salud como un derecho (art. 27), indican que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. Mencionan también que es deber del Estado, la sociedad y la familia, dentro de sus respectivos ámbitos, adoptar las medidas políticas, administrativas, económicas, legislativas, sociales y jurídicas que sean necesarias para la plena vigencia, ejercicio efectivo, garantía, protección y exigibilidad de la totalidad de los derechos de NNA. El Estado y la sociedad formularán y aplicarán políticas públicas sociales y económicas; y destinarán recursos económicos suficientes, en forma estable, permanente y oportuna porque los NNA, tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental y sexual.^(21,22)

Por tanto describir la frecuencia del TDAH permite identificar el perfil epidemiológico de los problemas de conducta en los escolares y adolescentes para visualizar mejor el trabajo de los maestros, padres y familia iniciando con una temprana detección y



continuando con un oportuno diagnóstico e intervención, por estas razones esta investigación contribuye a la garantía de los derechos de los NNA sobre todo aquellos relacionados con el desarrollo y la participación. Presentar los resultados de este estudio a las autoridades públicas puede ser un buen insumo para orientar la política y programas públicos. Además, los resultados obtenidos servirán para investigaciones futuras en el área de TDAH.



CAPÍTULO II

2. Fundamento Teórico

2.1 Problemas de Conducta

La conducta es la serie de acciones corporales motrices, gestuales, verbales, como respuestas instantáneas; se considera adecuada cuando cumple un patrón aceptado por todos, pero que no limita el desarrollo individual. Los niños y niñas que están en proceso de aprendizaje presentan una mayor variabilidad de la conducta es entonces cuando los padres y maestros toman un papel crucial al orientarlos en la adquisición de una conducta adecuada. ⁽¹⁾

Los problemas de conducta son una importante fuente de preocupación para las familias, la escuela y la sociedad en general, aparecen cuando los niños y adolescentes tienen que cumplir normas y someterse a un cierto grado de disciplina. Los problemas de conducta entonces son definidos como acciones que se salen del patrón considerado apropiado para la edad y que interfieren en el cumplimiento de las actividades de la vida diaria de forma permanente causando conflictos de convivencia. Los problemas de conducta son una expresión de signos que tienen como etiología diversas entidades como: problemas en el desarrollo del lenguaje, discapacidad intelectual, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastorno específico del aprendizaje, trastorno del espectro autista y otros. ^(1, 2, 3)

La intensidad de los problemas de conducta es amplia y puede observarse la progresión de la gravedad a través del tiempo, por tanto la identificación e intervención oportunas son importantes. La detección temprana depende sobre todo de los padres y maestros que son quienes comparten, observan y evalúan la conducta del niño todo el tiempo, dependiendo básicamente de ellos derivar, a los profesionales tanto del ámbito educativo como del sanitario para iniciar el proceso



de valoración. El abordaje de los niños con problemas de conducta es complejo es por esto que a través del tiempo se han desarrollado instrumentos neuropsicológicos que ayudan en su evaluación y detección, así uno de los más destacados es el test de Conners un cuestionario sistematizado respondido por padres y/o docentes, el cual permite identificar a los individuos que tienen debilidades en un área determinada como: la conducta, el aprendizaje, el funcionamiento social, permitiendo un tamizaje que favorece posteriormente una evaluación e intervención más profunda. (1, 2, 3, 11)

2.2 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

2.2.1 Definición

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se define como la dificultad para mantener la atención, exceso de actividad motora, falta de control de impulsos, con predominio de uno o una combinación de ellos, los cuales comprometen actividades básicas de la vida diaria tales como aprender a leer y hacer amigos. (9)

2.2.2 Etiopatogenia

El TDAH es una patología compleja que no puede explicarse por una única causa ya que resulta de una serie de vulnerabilidades biológicas que interactúan entre sí y con factores ambientales. Así, dentro de los factores relacionados con la etiología tenemos:



- **Factores neuroanatómicos:** a través de resonancias magnéticas realizadas a niños con TDAH, se observó que el ancho del lóbulo frontal derecho era menor de lo normal y con alta frecuencia se encontró disminución en el volumen dorsolateral del cíngulo y del cuerpo estriado. Esta alteración en el lóbulo frontal sería la responsable de la incapacidad para manejar y procesar secuencialmente la información hasta alcanzar un objetivo, siendo el efecto, la distracción con facilidad del tema central. Así mismo las modificaciones en el cuerpo estriado constituirían el origen de la incapacidad de los niños para bloquear reacciones impulsivas. En estudios más avanzados como la tomografía con emisión de positrones (PET) se ha observado un flujo sanguíneo anormal a nivel de las áreas frontales del hemisferio derecho, encontrando una relación inversa entre el flujo sanguíneo cerebral y la gravedad de los síntomas conductuales. (4, 5, 23, 24, 25, 26)
- **Factores genéticos:** los estudios en gemelos aportan información importante acerca de que el TDAH tiene un componente genético; así, la heredabilidad se ha estimado en un 76 %. Los principales genes involucrados en este trastorno son los relacionados con la teoría dopaminérgica, como el gen del receptor de dopamina subtipo 4, DRD4, y el gen transportador de dopamina, DAT1. (4, 5, 9, 23, 26)
- **Factores neuroquímicos:** existe una disregulación en los neurotransmisores dopamina y noradrenalina, siendo las vías reguladas por la dopamina las responsables de los síntomas de hiperactividad e impulsividad, por otro lado de la alteración de las vías reguladas por la noradrenalina resultan los síntomas cognitivos y afectivos.⁽²⁶⁾



- **Factores prenatales y ambientales:** el consumo de tabaco durante el embarazo, la exposición ambiental a plomo y bifenilos policlorados, el déficit de hierro, el trauma craneo encefálico son los factores que han mostrado mayor asociación con la presencia de TDAH. ^(9, 26)

2.2.3 Cuadro Clínico

El cuadro clínico es muy variado, el niño presenta la sintomatología clásica o por el contrario síntomas aislados, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM) en su última versión el DSM-5, clasifica al TDAH en tres tipos de presentación clínica y establece los criterios diagnósticos de acuerdo con una serie de síntomas que el niño debe presentar, así tenemos:

Presentación clínica con predominio de inatención: En esta variedad de presentación clínica, las dificultades están preferentemente en el rendimiento escolar. Suele catalogarse a estos niños como que "están en las nubes", o que son "vagos", desmotivados para el estudio. Dentro de los criterios establecidos por el DSM-5 para el TDAH con predominio inatento tenemos:

1. A menudo, no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
2. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo.
5. Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
6. Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.



7. Extravía objetos necesarios para tareas o actividades, por ejemplo: materiales escolares, lápices, libros, herramientas, entre otros.
8. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
9. Es descuidado en las actividades diarias. ⁽²⁸⁾

- **Presentación clínica con predominio hiperactivo-impulsivo:** Esta variedad de presentación es más frecuente en el sexo masculino y las dificultades más importantes que presenta el individuo están en relación a la conducta. Con frecuencia se los considera niños inquietos o que actúan sin pensar. La sintomatología descrita por el DSM-5 para definir a este tipo de presentación clínica se expone a continuación:

1. Mueve en exceso manos o pies, o se retuerce en su asiento.
2. Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
3. Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
4. Tiene dificultades para jugar o dedicarse a actividades de ocio tranquilamente.
5. "Está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
6. Habla en exceso.
7. Se precipita a dar respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
8. Tiene dificultad en esperar su turno.
9. Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros. ⁽²⁸⁾

- **Presentación clínica combinada (inatento e hiperactivo-impulsivo):** Se caracteriza por presentar una mezcla de síntomas tanto de la presentación clínica inatenta como de la hiperactiva-impulsiva al mismo tiempo. ⁽²⁸⁾



2.2.4 Diagnóstico

El abordaje diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico y requiere de un trabajo en conjunto en donde participen padres, maestros (primeros en dar la voz de alarma tras la constatación de conductas disruptivas en el aula o en casa) y un equipo multidisciplinario constituido por psicólogos, pedagogos y médicos, encargados de llevar a cabo la batería de cuestionarios y test que permiten una evaluación clínica y psicosocial completa. ^(26, 30)

Dentro del proceso para establecer el diagnóstico contamos con una serie de instrumentos de evaluación neuropsicológica que sirven para conocer de primera mano la conducta alterada de los NNA, así podemos citar:

CBCL: Child Behavior Checklist/4-18 (Achenbach, 1991a). TRF: Teacher's Report Form/5-12 (Achenbach, 1991b)

El CBCL es un cuestionario contestado por los familiares de los NNA con edades entre los 4 y 18 años. La escala tiene perfiles separados para ambos sexos y rangos de edad, de 4 a 11 años y de los 12 a 18 años. El TRF es la versión para maestros y se aplica a NNA de edades comprendidas entre los 5 y 18 años. También proporciona perfiles separados para ambos sexos y diferentes rangos de edad, de los 5 a 11 años y de los 12 a 18 años. Los ítems se valoran de la siguiente manera: 0=el problema no se presenta, 1=el problema se presenta algunas veces y 2=el problema se presenta casi siempre. Las propiedades psicométricas de la prueba son satisfactorias ya que permite discriminar entre niños y niñas con TDAH y niños y niñas sin este trastorno, entre niños y niñas con TDAH y niños y niñas con otras alteraciones psicológicas. ⁽³⁰⁾



**CPRS-R: Conners' Parent Rating Scale-Revised para familias (Conners 1997a).
CTRS-R: Conners' Teacher Rating Scale-Revised para profesorado (Conners 1997b)**

Se trata de un test que debe ser contestado por padres y/o profesores de NNA con edades comprendidas entre los 3 y los 17 años, con el objetivo de valorar la presencia y severidad de conductas relacionadas con el TDAH. Está compuesto por cuatro factores: oposicionismo, desatención, hiperactividad-impulsividad e índice del TDAH. Existen numerosas versiones del test de Conners siendo las más destacadas y utilizadas las cortas, así la versión corta dirigida a profesores contiene 10 preguntas; cada una de las cuales son calificadas con puntuaciones que van de 0 a 3. El 0 equivale a nunca; 1: poco, 2: bastante y 3: mucho. Para los niños una puntuación >17 es sospecha de déficit de atención con hiperactividad y para las niñas una puntuación >12; en tanto que la versión para padres cuenta con 28 ítems.⁽³⁰⁾ Ver anexo 3.

EDAH: Evaluación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. (Farré y Narbona, 1998)

Se trata de un cuestionario basado en la observación dirigido para el profesorado y la familia, compuesto por veinte elementos, la edad de aplicación varía desde los 6 hasta los 12 años. El objetivo es tipificar la conducta del niño o niña teniendo en cuenta las características del TDAH, atendiendo a los síntomas de inatención, hiperactividad, impulsividad. Los ítems se valoran en una escala likert que comprende 4 valores: 0=nada, 1=poco, 2=bastante y 3=mucho.⁽³⁰⁾

SNAP-IV-R: Rating Scale-Revised. SNAP-IV: Teacher and Parent Ratings Scale (Swanson, 2003)

Es una escala dirigida a la familia y al profesorado, utilizada en niños, niñas y adolescentes de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años. Cuenta con 90 ítems que valoran síntomas de TDAH, trastorno oposicionista desafiante (TOD) y de agresividad.⁽³⁰⁾



Cabe señalar que la evaluación neuropsicológica no puede utilizarse para confirmar o descartar el diagnóstico de TDAH sino que constituye un instrumento que apoya la evaluación clínica al dar información importante acerca de la capacidad cognitiva, atención, planificación, conducta, entre otras. El diagnóstico se establece cuando se cumplen los criterios señalados por el DSM-5 y el CIE-10. (26, 27, 30, 31)

Criterios diagnósticos del TDAH especificados en Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (APA, 2013)

En el manual DSM-5 se clasifica al TDAH en tres presentaciones clínicas que son:

1. Presentación clínica con predominio inatención.
2. Presentación clínica con predominio hiperactivo impulsivo.
3. Presentación clínica combinada.

Planteando 18 criterios diagnósticos, 9 para el tipo inatento y 9 para el hiperactivo impulsivo, debiéndose cumplir 6 de los 9 criterios en el caso de los niños (as) y 5 de los 9 criterios en el caso de adolescentes (≥ 17 años) y adultos, ya sea para la presentación clínica con predominio inatento o para el hiperactivo impulsivo y para el tipo combinado debe cumplirse con los criterios tanto del inatento como del hiperactivo impulsivo, a más de esto los síntomas deben estar presentes por un tiempo mínimo de 6 meses, en dos ambientes diferentes (casa y escuela) y antes de los 12 años de edad. Cumpliendo todas estas condiciones se puede llegar a establecer el diagnóstico de TDAH. (9, 28, 29, 31)

Criterios diagnósticos del TDAH especificados en el sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10) (OMS, 1992)

Según el CIE-10 es necesaria la existencia simultánea de los tres síntomas: desatención, hiperactividad e impulsividad, de tal forma que para establecer el diagnóstico se requiere cumplir al menos seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad, los síntomas deben haberse presentado antes de los 7 años de edad y haber durado por más de 6 meses, en el CIE-10 se clasifica



al TDAH en 4 subtipos:

1. Trastorno de la actividad y de la atención.
2. Trastorno hiperkinético disocial; en este caso, el trastorno hiperkinético va acompañado de trastorno de conducta.
3. Otros trastornos hiperkinéticos.
4. Trastornos hiperkinéticos sin especificación. ^(9, 27, 31)

2.2.5 Diagnóstico Diferencial

Los síntomas del TDAH no son patognomónicos de esta patología, es por ello que en el momento de hacer un diagnóstico diferencial se deberá tomar en cuenta procesos médicos, neurológicos y psiquiátricos. El diagnóstico es complicado debido al solapamiento de síntomas y a que hasta en el 70 % de los casos, el TDAH se asocia a otros trastornos. Las patologías que se deben considerar dentro del diagnóstico diferencial se enumeran a continuación:

- **Problemas pediátricos y neurológicos:** daño cerebral (lóbulo frontal, ganglios de la base), complicaciones perinatales, trastornos auditivos y visuales, patología tiroidea, Gilles de la Tourette, epilepsia, síndrome X frágil, síndrome alcohólico fetal, síndrome de Turner, síndrome X-frágil, síndrome de Angelman y Williams, intoxicación por plomo, trastornos del sueño, encefalopatía postraumática.
- **Problemas psiquiátricos:** discapacidad intelectual, síndrome de Asperger, ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno negativista desafiante, trastorno del espectro autista, psicosis.
- **Otras condiciones:** trastornos del aprendizaje no ligados al TDAH, Trastornos del lenguaje y del habla, abandono, abuso, maltrato infantil. ⁽²⁷⁾



CAPÍTULO III

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar la frecuencia de déficit de atención e hiperactividad en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años con problemas de conducta de las escuelas del cantón Biblián durante el período Julio 2015-Febrero 2016.

3.2 Objetivos específicos

- Detectar a los NNA con problemas de conducta mediante el test de Conners versión corta para maestros
- Clasificar a los niños, niñas y adolescentes con problemas de conducta según sexo, edad, escuela y rendimiento académico
- Evaluar a los NNA con problemas de conducta detectados por el test de Conners versión corta para maestros por el equipo profesional para que diagnostique TDAH.
- Relacionar los resultados con las variables: edad, sexo, año escolar, rendimiento académico



CAPÍTULO IV

4. Diseño Metodológico

4.1 Tipo de estudio: Descriptivo.

4.2 Área de estudio: ocho escuelas fiscales del cantón Biblián

4.3 Universo: Para la detección de problemas de conducta, todos los niños, niñas y adolescentes (NNA) de 4 a 16 años de edad de las escuelas fiscales del cantón Biblián: Daniel Muñoz, Emma Vicuña Prieto, Esther Angélica Valdivieso, Pichincha, 3 de Mayo, Víctor Gerardo Aguilar, Héroes de Verdeloma, Colombia y para determinar la frecuencia de TDAH todos aquellos NNA que presentaron problemas de conducta y que fueron en número de 94. No se realizó cálculo muestral.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

- Todos los NNA de 4 a 16 años de edad que asistieron regularmente a los establecimientos educativos fiscales: Daniel Muñoz, Emma Vicuña Prieto, Esther Angélica Valdivieso, Pichincha, 3 de Mayo, Víctor Gerardo Aguilar, Héroes de Verdeloma y Colombia.
- NNA cuyos padres aceptaron su participación en este proyecto de investigación a través del consentimiento informado.
- Maestros que laboraban en los establecimientos educativos fiscales: Daniel Muñoz, Emma Vicuña Prieto, Esther Angélica Valdivieso, Pichincha, 3 de Mayo, Víctor Gerardo Aguilar, Héroes de Verdeloma y Colombia que aceptaron su participación en este proyecto de investigación a través del consentimiento informado.



- NNA que en la escala de Conners fueron calificados por sus maestros con más de 17 puntos en el caso de ser niños y más de 12 puntos en el caso de las niñas.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Todos los NNA de 4 a 16 años de edad que no asistieron regularmente a los establecimientos educativos fiscales: Daniel Muñoz, Emma Vicuña Prieto, Esther Angélica Valdivieso, Pichincha, 3 de Mayo, Víctor Gerardo Aguilar, Héroes de Verdeloma y Colombia.
- Todos los NNA de 4 a 16 años de edad que pertenecían a establecimientos educativos particulares del cantón Biblián.
- Padres de los NNA y maestros quienes se negaron a firmar el consentimiento informado.

4.5 Métodos, Técnicas, e Instrumentos

1. La investigación se realizó por petición del Señor Alcalde y Vicealcalde del cantón Biblián que en coordinación con el MIES decidieron evaluar a todos los NNA de las 8 escuelas fiscales para dar una oportuna intervención a aquellos con problemas escolares.
2. Conformación del equipo de trabajo: psicólogo, pedagogo, médico y tesistas.
3. Se llevó a cabo reuniones en cada una de las escuelas con los padres de familia y maestros para en primera instancia socializar los detalles del proyecto de investigación y la importancia de su realización, en cesiones posteriores se entregó a padres y maestros el consentimiento informado en
4. donde los padres aprobaron la participación de los NNA y los maestros aceptaron su participación en el proyecto de investigación.
5. Capacitación a maestros y a tesistas por parte del equipo profesional experto sobre la aplicación correcta del test de Conners versión corta para maestros.



- a. Las tesisas junto con los maestros aplicaron el test de Conners para la detección de niños con problemas de conducta.
6. Los NNA detectados con problemas de conducta pasaron a ser evaluados por el equipo de profesionales que aplicaron:
 - a. Test de inteligencia para el diagnóstico de discapacidad intelectual.
 - b. Test de Conners versión para padres y maestros.
 - c. Test de autismo.
 - d. Otras pruebas psicopedagógicas.
7. Las tesisas acompañaron a los 94 NNA identificados con problemas de conducta a la valoración, cuando se llenaron las escalas de Conners con los padres y maestros.
8. Las tesisas confrontaron los resultados de la escala de Conners y de los otros test con los criterios del DSM-5 y junto con los profesionales del equipo diagnosticaron TDAH.
9. Se llenaron los formularios de investigación (Anexo 4)
10. A los 94 NNA con problemas de conducta se les evaluó el rendimiento académico.
11. La información se procesó a través del programa estadístico SPSS versión 22.0.
12. Para el análisis de la información las medidas estadísticas que se utilizaron fueron el porcentaje para las variables cualitativas, Chi cuadrado y Tau-b de Kendall para medición de asociación entre las variables.
13. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.
14. Se escribieron informes generales sobre los resultados de la investigación y se presentó a las autoridades (guardando la confidencialidad de los NNA), maestros y padres.



4.6 Aspectos éticos

Se solicitó la aprobación del comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

A través del consentimiento informado se obtuvo la autorización por parte de los padres de los NNA para proceder a la evaluación y los maestros aceptaron su participación.

Los participantes fueron informados de los objetivos que perseguía este proyecto de investigación y de la importancia de sus resultados, además se les indicó que la información recolectada es estrictamente confidencial y que no serán utilizados los nombres, ni datos particulares en otros trabajos, ni serán expuestos de ninguna forma.

4.7 Variables

1. Edad
2. Sexo
3. Rendimiento escolar
4. Déficit de atención e hiperactividad
5. Año escolar



4.7.1 Operacionalización de las Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Partida de nacimiento	Cuantitativa continua: 4-16 años
Sexo	Características fenotípicas	Fenotipo	Fenotipo	Cualitativa nominal Masculino Femenino
Año escolar	Año de estudio que cursa el NNA	Año escolar	Certificado de matrícula.	Cuantitativa discontinúa.
Rendimiento Escolar	Nivel de Conocimientos medidos en una prueba de evaluación.	Rendimiento y disciplina.	Promedio general de calificaciones	Supera los aprendizajes requeridos: 10. Domina los aprendizajes requeridos: 9. Alcanza los aprendizajes requeridos: 7-8. Está próximo a alcanzarlos aprendizajes requeridos: 5-6. No alcanza los aprendizajes requeridos: 4 - < 4
Déficit de Atención e hiperactividad	Dificultad para mantener la atención, exceso de actividad motora, falta de control de impulsos.	Atención e hiperactividad.	Criterios del DSM-5. *Inatento. *Hiperactivo-impulsivo. *Combinado	Positivo: Cumple 6 de 9 criterios, cuando es niño y 5 de 9 criterios cuando es adolescente o adulto.

**CAPÍTULO V****5. Resultados****Tabla N°1.**

Caracterización demográfica de 94 niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años con problemas de conducta, Biblián, 2016

SEXO	N°	%
Hombre	61	64.9
Mujer	33	35.1
Total	94	100.0
EDAD*		
Preescolares	45	47.9
Escolares	40	42.6
Adolescentes	9	9.6
Total	94	100.0
ESCUELA		
Colombia	25	26.6
Daniel Muñoz S	34	36.2
Enma Vicuña Prieto	3	3.2
Héroes de Verdeloma	25	26.6
Pichincha	5	5.3
Víctor Gerardo Aguilar	2	2.1
Esther Angélica Valdivieso	0	0
3 de Mayo	0	0
Total	94	100.0
RENDIMIENTO ACADÉMICO		
Domina los aprendizajes requeridos (9)	9	9.6
Alcanza los aprendizajes requeridos (7-8)	40	42.6
No alcanza los aprendizajes requeridos (4)	45	47.9
Total	94	100.0

Fuente: Base de datos.

* Edad: media: 7.3 DS: 2.7

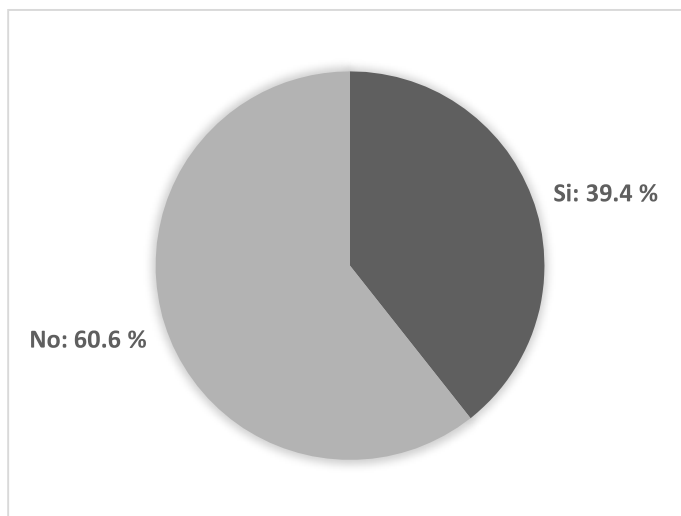
Elaboración: Las autoras



Del total de la población estudiada, el 64.9 % son del sexo masculino; el 47.9 % preescolares y la escuela en la que más casos de problemas de conducta se detectó fue la Daniel Muñoz con el 36.2 %. El 47.9 % de participantes no alcanzó los aprendizajes requeridos en lo que se refiere al rendimiento académico.

Gráfico N° 1

Frecuencia de déficit de atención e hiperactividad en 94 niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años con problemas de conducta, Biblián, 2016



Fuente: Base dedatos.

Elaboración: Las autoras.

El 39.4 % (37 niños, niñas y adolescentes) tienen TDAH.



Tabla N.3 Relación del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad con género, edad, establecimientos educativos, año de escolaridad y rendimiento académico, Biblián, 2016

	TDAH				TOTAL		p*
	SI		NO				
SEXO	N°	%	N°	%	N°	%	
Masculino.	27	73	34	59.6	61	64.9	
Femenino	10	27	23	40.4	33	35.1	
Total	37	100	57	100	94	100	0,135
EDAD							
Pre- escolares	12	32.4	33	57.9	45	47.9	
Escolares.	21	56.8	19	33.3	40	42.6	
Adolescentes	4	10.8	5	8.8	9	9.5	
Total	37	100	57	100	94	100	0.024
AÑO DE ESCOLARIDAD							
Grados de pre-escolar	9	24.3	28	49.1	37	39.4	
Grados de escuela.	23	62.2	25	43.9	48	51.1	
Grados de Colegio	5	13.5	4	7	9	9.5	
Total	37	100	57	100	94	100	0.011
RENDIMIENTO ACADÉMICO							
Domina aprendizajes.	4	10	5	8.8	9	9.6	
Alcanza aprendizajes	21	57.5	19	33.3	40	42.5	
No alcanza	12	32.5	33	57.9	45	47.9	
Total	37	100	57	100	94	100	0.024

Fuente: Base dedatos.

Elaboración: Las autoras.

En la relación a trastorno de déficit atención e hiperactividad con factores asociados, se encuentra relación estadísticamente significativa con grupo de edad (los escolares lo padecen más), año de escolaridad (grados de escuela) y rendimiento académico (no alcanza los aprendizajes requeridos) por $p < 0.05$.



CAPÍTULO VI

6. Discusión

Montiel Nava et al. en Venezuela (2005), evaluaron a una muestra de 1 141 estudiantes con edades comprendidas entre 6 y 12 años, utilizando la escala de Conners versión larga para padres y maestros y los criterios del DSM-IV encontrando una prevalencia del 7.19 %.⁽³²⁾

Cornejo et al. en Colombia (2005), al estudiar una muestra de 460 NNA de 4 a 17 años, empleando los criterios del DSM-IV, la prueba de inteligencia de WISC-R/WAIS en su versión corta y el test Conners para padres y maestros hallaron una prevalencia del 15.86 %.⁽¹⁴⁾

Urzúa et al. en Chile (2009) utilizando el Attention Deficit Hiperactivity Disorder Rating Scale-IV (ADHD RS-IV) adaptado a población española, evaluaron una muestra de 640 sujetos entre 6 y 11 años, en dos ambientes (casa y escuela), observando una prevalencia de TDAH del 1.3 %.⁽¹⁵⁾

Cornejo et al. en México (2015), evaluaron una muestra de 8 630 estudiantes de primaria del turno matutino de la zona urbana de las ciudades de Tepatitlán de Morelos, San Miguel el Alto, Arandas y San Juan de los Lagos, mediante el test de Conners y una evaluación neurológica completa con una serie de cuestionarios diagnósticos obteniendo una prevalencia de TDAH del 9.11 %.⁽¹⁶⁾

En la presente investigación los resultados revelaron una prevalencia de TDAH del 39.4 %, utilizando el test de Conners versión corta para maestros como una medida de tamizaje para seleccionar a los niños con problemas de conducta y posteriormente se llevó a cabo una evaluación integral por parte del equipo



profesional que incluía la confrontación de resultados obtenidos en dicha evaluación con los criterios del DSM-5.

La diferencia en las prevalencias obtenidas en los diferentes países puede atribuirse a la variedad y número de escalas utilizadas para el diagnóstico, así como el número de individuos evaluados, en esta parte es importante destacar que en todos los estudios citados en líneas anteriores trabajaron con muestras obtenidas de la población general, contrario a nuestro estudio en donde trabajamos tan solo con los NNA con problemas de conducta determinados previamente por sus maestros.

En cuanto a la relación del TDAH con sexo los resultados obtenidos en la presente investigación indican que la prevalencia fue del 73 % (n=27) para el sexo masculino y del 27 % (n=10) para el sexo femenino, aunque no reporta un valor estadísticamente significativo. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Cruz et al. en México (2010), quienes reportaron una prevalencia de 19.82 % para el sexo masculino versus el 7.31 % para el femenino, así mismo Cornejo et al. en México (2015) reportan que la prevalencia del TDAH fue del 77.9 % para el sexo masculino y del 22.1 % para el femenino. Estos resultados coinciden con los datos aportados por la literatura médica en donde se describe que el TDAH es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, sin embargo en nuestro estudio los hallazgos no son estadísticamente significativos y esto podría deberse a la distribución de la población de estudio ya que en este caso, de los 37 individuos con diagnóstico de TDAH, 27 pertenecen al sexo masculino. ^(16, 33)

En cuanto a la relación del TDAH con edad, los resultados encontrados en este estudio indican que los escolares (grados de escuela) son el grupo más frecuentemente afectado por esta patología, representando el 56.8 % (n=21) del total de casos positivos, hallazgos similares a nuestro estudio obtuvieron Duarte et



al. Honduras (2010) en donde tras evaluar a 425 individuos de 6 a 13 años encontraron que la edad en donde más frecuente se presentaba el TDAH era los 10 años (corresponde a grado de escuela) con un porcentaje del 18.8 %, el mismo que descendía conforme la edad de los individuos estudiados avanzaba. Estos resultados podrían explicarse por cuanto a medida que los individuos afectados por esta condición crecen el trastorno se va opacando sobre todo los síntomas de hiperactividad-impulsividad, dado que logran adaptarse mejor a su trastorno y son capaces de encubrir conductas inapropiadas. ^(15, 34)

El TDAH es comúnmente asociado a bajo rendimiento académico que conlleva a un menor índice de graduación en la secundaria y en la educación superior, mayor frecuencia de deserción escolar y pobre inserción laboral. Así pues podemos citar un estudio realizado por Ramos C, en Colombia en el año 2013, en donde se evaluaron un total de 71 niños, 30 con TDAH y 41 sin TDAH con el objetivo de determinar el riesgo de fracaso escolar y mal rendimiento académico, encontrando que el 10 % de los niños con TDAH presentaron fracaso escolar versus el 0 % de los niños sin TDAH ($p: 0.039$), el bajo rendimiento escolar se presentó en el 6.7 % de los niños con TDAH versus el 0 % de los niños sin TDAH ($p: 0.094$), adicionalmente se encontró que las calificaciones fueron más bajas en los niños con TDAH en las áreas de matemáticas, español e inglés. ⁽¹⁸⁾

El presente estudio obtuvo resultados concordantes con los obtenidos en el estudio antes citado ya que del total de los NNA diagnosticados con TDAH el 32.5 % no alcanzaron los aprendizajes requeridos, lo que se traduce en un fracaso escolar, sin embargo el resultado de nuestro estudio prácticamente triplica al obtenido en Colombia, esta diferencia podría deberse al número de individuos evaluados y a los parámetros utilizados en los distintos países para evaluar el desempeño académico.



CAPÍTULO VII

7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1 Conclusiones

- La frecuencia del TDAH en los NNA de 4 a 16 años, con problemas de conducta de las escuelas del cantón Biblián fue de 39.4 %.
- Predominó el sexo masculino con 73 %, siendo más frecuente el TDAH en los escolares, con el 56.8 %, observándose un inadecuado rendimiento académico en el 32.5 %.



7.2 Recomendaciones

- Fortalecer las competencias de los maestros para el apoyo educativo de los NNA con TDAH, como también trabajar en escuelas para padres para mejorar el entendimiento y el apoyo a estos NNA.
- Motivar a la realización de adaptaciones curriculares para el mejoramiento del rendimiento académico en las escuelas



8. Bibliografía

1. Huiracocha L. Factores asociados a problemas de conducta en prescolares. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 2013; 31 (2): 37-43.
2. Serrat D. Los trastornos de la conducta en la etapa escolar. Trastornos de la conducta una guía de intervención en la escuela. (Citado 2015 abril 20). Disponible en: <http://www.psie.cop.es/uploads/aragon/Arag%C3%B3n-trastornos-de-conducta-una-guia-de-intervencion-en-la-escuela.pdf>.
3. Tervo R. Language Proficiency Development and Behavioral Difficulties in Toddlers. Clinical Pediatrics 2007; 46 (6): 530-539.
4. Cabral C, De León O, León C. Las funciones psíquicas y sus trastornos. En: Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini H. Psiquiatría. Washintong: OPS; 2012. p. 236-238.
5. Palacio J. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En: Toro R, Yepes L, Palacio C. Psiquiatría. Medellín: Corporación para investigaciones Biológicas; 2010. p. 432-442.
6. Peña F, Palacio J, Barragán E. Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Rompiendo el estigma. Revista de ciencia de la salud [Internet]. 2010 (Citado 2016 mayo 12); VIII(1): 142-144 .Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/1285/1212>.
7. Vélez-Álvarez Consuelo, Vidarte Claros José A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. Rev. salud pública [Internet]. 2012 Jun (citado 2015 mayo 13); 14 (Supl 2): 113-128. Disponible en:



[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000800010&lng=es&nrm=iso&tlng=es.](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000800010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

8. Miranda A, Berenguer C, Colomer C, Roselló R. Influence of the symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and comorbid disorders on functioning in adulthood. *Psicothema*. [Internet]. 2014 Mayo (Citado 2016 marzo 22); XXVI(4): 471-476. Disponible en: <http://www.psicothema.com/PDF/4216.pdf>.
9. Feldman H, Reiff M. Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in children and Adolescents. *New England Journal of Medicine*. [Internet]. 2014 Febrero (Citado 2015 diciembre 18); IX(390): 838-846. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1307215>.
10. Soprano A, Sans A. Evaluación Neuropsicológica. En : Fejerman N, Fernández E. *Neurología Pediátrica*. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007. p. 699-710.
11. Sparrow E. Essentials of Conners Behavior Assessments. [Internet]. Estados Unidos: Alan S. Kaufman A, Kaufman N; 2010. (Citado 2015 octubre 18); 217-268. Disponible en: <http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/423/Essentials%20of%20Conners%20Behavior%20Assessments.pdf>.
12. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou M. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. [Internet]. Australia: PubMed. 2015 Abril (Citado 2016 Marzo 23); IV(135): 2-8. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2015/02/24/peds.2014-3482.full.pdf>.
13. Palacios L, Peña F, Valderrama A, Patiño R, Calle S, Ulloa R. Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental* [revista en la Internet]. 2011 Abril (Citado 2016 febrero 23); XXXIV (2):

149-155	Disponibile	en:
---------	-------------	-----

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200008&lng=es.

14. Cornejo J, Osio O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H, Castillo H, Holguín J. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. [Internet]. Colombia: Revista de Neurología; 2005, febrero (Citado 2016 marzo 18) XL (12): 716-722. Disponible en:

<http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/ea439d0d-2825-42c0-bdc5->

[9a84e933b080/2005_Prevalencia+del+transtorno+por+d%C3%A9ficit+y+atenci%C3%B3n-hiperactividad.pdf?MOD=AJPERES.](https://www.gub.uy/9a84e933b080/2005_Prevalencia+del+transtorno+por+d%C3%A9ficit+y+atenci%C3%B3n-hiperactividad.pdf?MOD=AJPERES)

15. Urzua A, Dominic M, Cerda A, Ramos M, Quiroz J. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados. Rev. Chil. Pediatr. . [Internet]. 2009 Ago; (Citado 2016 enero 23) LXXX (4): 332-338 Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-

41062009000400004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000400004>.

16. Cornejo E, Fajardo B, López V, Soto X, Ceja H. Prevalencia de déficit de atención e hiperactividad en escolares dela zona noreste de Jalisco, México. Revista médica. [Internet]. 2015 Mayo (Citado 2015 noviembre 21); VI (3): 190-195 Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md153d.pdf>

17. Polanczyk G, Lima M, Horta B, Biederman J, Rohde L. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. [Internet]. Am J Psychiatry 2007; 164:942-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17541055>.



18. Ramos C. Prevalencia de TDAH en estudiantes ecuatorianos. Rev. de Ciencia y Tecnología UPSE. [Internet]. 2015. (Citado 2015 diciembre 18); 3(1); 13-19. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/290193566_Prevalencia_del_TDAH_en_estudiantes_ecuatorianos.
19. Zuñiga Y. Rendimiento académico en escolares con déficit de atención /hiperactividad en una muestra de colegios de la ciudad de Bogotá. [Internet]. Colombia: Universidad nacional de Colombia; 2013 (Citado 2015 noviembre 10). Disponible en: <https://oatd.org/oatd/record?record=oai%5C%3Awww.bdigital.unal.edu.co%5C%3A12458>.
20. Klein R, Mannuzza S, Olazagasti M, Roizen E, Hutchison J, Lashia E, Catellanos X. Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 33 Years Later. Arch Gen Psychiatry. [Internet]. 2012. (Citado 2015 octubre 28); 69 (12):1295-1303. Disponible en: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1378851>.
21. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. [Internet]. Ecuador. MSP ECUADOR; 2012 (Citado 2016 enero 6). Disponible en : http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
22. Código de la niñez y adolescencia. [Internet]. Ecuador. Registro Oficial; 2003 (Citado 2015 noviembre 24). Disponible en: www.oei.es/quipu/ecuador/Cod_ninez.pdf.
23. Allan H, Ropper M. Desarrollo normal y anormal del sistema nervioso. En: Ropper A, Samuels M. Adams y Victor principios de neurología. Mexico D.F: Mcgraw-Hill Education; 2009. p. 571-573.



24. Corteza cerebral, funciones intelectuales del cerebro, aprendizaje y memoria. En: Guyton C, Hall J. Tratado de Fisiología médica. 12ª ed. España: Elsevier; 2011 ; 2011. p. 697-709.
25. Owens J. Medicina del sueño. En: Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. Nelson Tratado de Pediatría. España: Elsevier; 2012. p. 146-149.
26. Pediatría Integral. [Internet]. España: Sepeap; 2014. (Citado 2015 diciembre 29). Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf>.
27. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. [Internet]. Cataluña: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010. (Citado 2015 julio 14). Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf.
28. Cdc.gov, Attention-Deficit / Hiperactivity Disorder (ADHD) [sede Web]. Estados Unidos: cdc.gov; 2013- (Citado 2015 marzo 8). Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/diagnosis.html>.
29. American Psychiatric Publishing. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
30. Aparicio B. Protocolo para la Detención y Evaluación del Alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Ámbito Educativo. España: Consejería de Educación, Cultura y Deporte; 2014.
31. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. [Internet]. Estados Unidos: Nice Guidelines; 2016. (Citado 2015 julio 30). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72>.



32. Montiel-Nava C, Peña J, López M, Salas M, Zurga J, Montiel-Barbero I, Pirela D, Cardozo J. Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños marabinos. Revista de Neurología. (Internet) 2002, febrero-agosto (Citado 2016 Marzo 15); XXXV(11).Disponible en :
<http://www.neurologia.com/pdf/Web/3511/n111019.pdf>
33. Cruz L, Ramos A, Gutiérrez M, Gutiérrez D, Márquez A, Ramírez D, Razo L, Sepúlveda K. Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares de tres poblaciones del estado de Jalisco. Revista de neurociencia.(Internet) 2010, enero-febrero;(Citado 2016 marzo 22) XI (1).Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2010/rmn101c.pdf>
34. Duarte Z, Reyes E, Sosa A, Risso E, Reyes A, Munguía A , Aguilar M. Prevalencia de TDAH, Relación con Reprobación Escolar y Estado Nutricional en la Población Escolar del Distrito Central. Revista de los postgrados de medicina UNAH. (Internet) 2010, agosto-octubre;(Citado 2016 marzo 22) XIII (3). Disponible en:
<http://cidbimena.desastres.hn/RMP/pdf/2010/pdf/Vol13-3-2010-10.pdf>



9. Anexos

9.1 Anexo 1

**Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina**

**“Frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños,
niñas y adolescentes de 4 a 16 años con problemas de conducta del cantón**

Biblián durante el periodo Julio-Febrero de 2016”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación será realizada por: Ana Gabriela Cañar Mendes CI: 0105061667 y María Belén Vélez Jaigua CI: 0106391808 estudiantes de Medicina del Décimo Ciclo de la Universidad de Cuenca, en conjunto con el equipo conformado por el psicólogo, pedagogo y médico; el objetivo del estudio es determinar la frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años con problemas de conducta del cantón Biblián, durante el periodo Julio-Febrero de 2016.

El proceso para realizar este proyecto de investigación consistirá en la aplicación conjunta entre tesisistas y profesores del test de Conners versión corta para maestros a los NNA de 4 a 16 años de las escuelas del cantón Biblián, posteriormente los niños detectados con problemas de conducta serán evaluados por un equipo de expertos en el diagnóstico de TDAH, y las tesisistas acompañarán a los niños en esta evaluación, los resultados obtenidos en dicha valoración se confrontarán con los criterios del DSM-5 para establecer el diagnóstico de TDAH.

Los beneficios de esta investigación son la identificación del perfil epidemiológico de los problemas de conducta en los escolares y adolescentes para visualizar mejor



el trabajo de los maestros, padres y familia iniciando con una temprana detección y continuando con un oportuno diagnóstico e intervención, Además los resultados obtenidos serán un buen insumo para orientar la política y programas públicos que contribuirán a la garantía de los derechos de los NNA sobre todo aquellos relacionados con el desarrollo y la participación.

La participación en este estudio es voluntario. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Yo _____ con CI _____
acepto participar en conjunto con el equipo multidisciplinario conformado por psicólogos, pedagogos y tesista en la identificación de NNA con problemas de conducta. Reconozco que la información que se recolectará es de absoluta confidencialidad y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Firma: _____



9.2 Anexo2

Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina

“Frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años con problemas de conducta del cantón Biblián durante el periodo Julio-Febrero de 2016”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación será realizada por: Ana Gabriela Cañar Mendes CI: 0105061667 y María Belén Vélez Jaigua CI: 0106391808 estudiantes de Medicina del Décimo Ciclo de la Universidad de Cuenca, en conjunto con el equipo conformado por el psicólogo, pedagogo y médico; el objetivo del estudio es determinar la frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años con problemas de conducta del cantón Biblián, durante el periodo Julio-Febrero de 2016.

El proceso para realizar este proyecto de investigación consistirá en la aplicación conjunta entre tesisistas y profesores del test de Conners versión corta para maestros a los NNA de 4 a 16 años de las escuelas del cantón Biblián, posteriormente los niños detectados con problemas de conducta serán evaluados por un equipo de expertos en el diagnóstico de TDAH, y las tesisistas acompañarán a los niños en esta evaluación, los resultados obtenidos en dicha valoración se confrontarán con los criterios del DSM-5 para establecer el diagnóstico de TDAH.

Los beneficios de esta investigación son la identificación del perfil epidemiológico de los problemas de conducta en los escolares y adolescentes para visualizar mejor el trabajo de los maestros, padres y familia iniciando con una temprana detección y continuando con un oportuno diagnóstico e intervención, Además los resultados obtenidos serán un buen insumo para orientar la política y programas públicos que



contribuirán a la garantía de los derechos de los NNA sobre todo aquellos relacionados con el desarrollo y la participación.

La participación en este estudio es voluntario. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Yo _____ con CI: _____

acepto que mi hijo (a) participe en esta investigación. Reconozco que la información que se recolectará es de absoluta confidencialidad y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación sin mi consentimiento.

Firma: _____



9.3 Anexo 3.

Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina

Nombre: _____

Grado: _____

Edad: _____

CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PROFESORES

Índice de Hiperactividad para ser valorado por los profesores				
Tiene excesiva inquietud motora	Nada	Poco	Bastante	Mucho
tiene explosiones impredecibles de mal genio				
Se distrae fácilmente, tiene escasa atención				
Molesta frecuentemente a otros niños				
Tiene aspecto de enfadado, huraño				
Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
Intranquilo siempre en movimiento.				
Es impulsivo e irritable.				
No termina las tareas que empieza				
Sus esfuerzos se frustran fácilmente				
Total				

Dra. María de Lourdes Huiracocha
T. Directora de Tesis

Lic. Jessica Puchi
Profesional coordinadora del equipo

Ana Gabriela Cañar Méndes
Tesisista

María Belén Vélez Jaigua
Tesisista



9.4 Anexo 4.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

TEMA: FRECUENCIA DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 4 A 16 AÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA DE LAS ESCUELAS DEL CANTÓN BIBLIÁN DURANTE EL PERÍODO JULIO 2015–FEBRERO 2016.

INFORME DE EVALUACIÓN PEDAGÓGICA

1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:

NN Sexo:

Masculino

Fecha de nacimiento: 12 de agosto de 1998

Edad: 16 años 02 meses

Institución Educativa: Víctor Gerardo Aguilar **Nivel:** Noveno de básica

Nombre del Profesor: Narcisa Gonzáles.

Fecha de elaboración del informe: Noviembre de 2015

2. MOTIVO DE EVALUACIÓN: Aplicación de proyecto para la detección de niñas, niños y adolescentes con dificultades.

3. ANTECEDENTES:

- Previo a la presente evaluación, por cada alumno se entregó una ficha de despistaje a la maestra de aula, en la que se determinó la existencia de dificultades en la conducta por el test de Conners para maestros y de desarrollo (Anexo).
- Los NNA en cuya ficha del test de Conners versión corta para maestros que obtuvieron puntajes superiores a 17 en el caso de ser niños y superiores a 12 en el caso de las niñas fueron seleccionados para la presente evaluación.

4. CUALIDADES: Fortalezas: destaca la cooperación con compañeros y profesores y su solidaridad y **Debilidades:** Escasa atención en el estudio por fácil distracción.

5. EVALUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO FUNCIONAL: la evaluación se realizó para determinar si el niño o niña presenta:

- a. Déficit Intelectual
- b. Superdotación
- c. Déficit Atencional
- d. Trastorno Específico del Aprendizaje
- e. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.



Con las otras entidades del diagnóstico sindrómico funcional:

a) Trastornos visuales y/o auditivos: no se evaluó porque requieren de la participación del oftalmólogo y del médico audiológico.

b) Autismo: se consideraron los criterios del DSM V que son (A) Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, (B) Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades y (C) Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida), (D) Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual y (E) Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo.

c) Trastornos psiquiátricos: Por el corto tiempo en contacto con los niños, niñas no fue posible evaluarlos.

d) Trastorno motor: se reportará la presencia de signos mayores o menores que hagan sospechar la presencia de trastornos motores para que se deriven a un fisioterapeuta para el diagnóstico.

6. REACTIVOS APLICADOS: (a) Cuestionario de Conners: aplicado a maestro y familia: llenada por entrevista (b) Wisc

a) Cuestionario de Conners:

Tabla No 1
Resultados de Escala Conners

	Dificultades en Atención	Hiperactividad	Déficit de Atención / Hiperactividad	Dificultades de Conducta
	10	11	21	13

Los resultados indican déficit de atención con hiperactividad, será necesario hacer un seguimiento y una reevaluación en los dos escenarios (la casa con la familia y la escuela con la maestra) para el diagnóstico definitivo.

**b) Test de inteligencia para el niño WISC-IV:****Tabla No2****Puntuaciones de Subpruebas de Escala Evaluadas en el Wisc**

Subprueba	Puntuación natural	Puntuaciones escalares
Diseño con cubos	33	07
Semejanzas	4	01
Retención de dígitos	12	06
Conceptos con dibujos	17	08
Claves	32	02
Vocabulario	21	02
Sucesión de números y letras	6	01
Matrices	15	06
Comprensión	17	04
Búsqueda de símbolos	8	01
[Figuras incompletas]	26	08
[Registros]	97	10
[Información]	13	03
[Aritmética]	24	09
Palabras en contexto	11	07

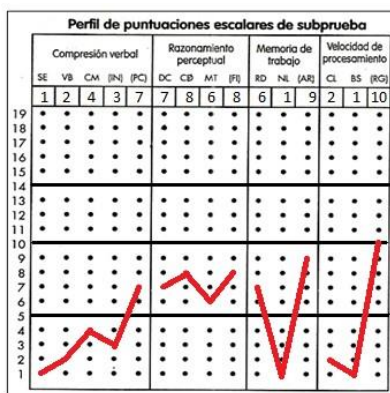
La evaluación de las subpruebas se concreta en los siguientes resultados:

Tabla No. 3**Puntuaciones escalares convertidas a coeficientes**

Escala	Suma de puntuaciones	Indice Compuesto
Comprensión Verbal	13	67
Razonamiento perceptual	21	82
Memoria de trabajo	15	86
Velocidad de procesamiento	12	78
Escala total	61	72



Gráfico No. 1
Perfil de puntuaciones escalares de subprueba

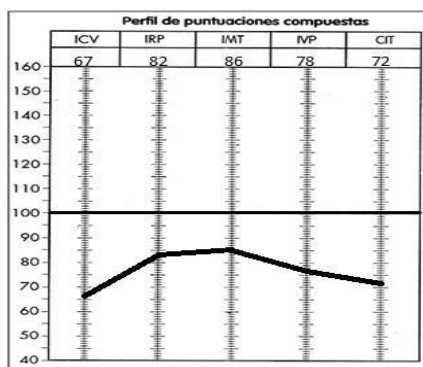


SE: Semejanzas VB: Vocabulario CM: Comprensión IN: Información (PC): Palabras en contexto DC: Diseño con cubos CD: Conceptos con dibujos MT: Matrices (FI): Figuras incompletas RD: Retención de dígitos NL: Sucesión de números y letras (AR): Aritmética CL: Claves BS: Búsqueda de símbolos (RG): Registro

Las puntuaciones expresadas en la tabla No.2 se trasladan al gráfico No 1 donde se encuentran bandas con el límite superior que corresponde al valor 14, el medio al valor 10 y el mínimo al valor 5. Nótese que Semejanzas (SE), Vocabulario (VB), Comprensión (CM), Información (IN), Sucesión de números y letras (NL), Claves (CL), Búsqueda de símbolos (BS) están por debajo del nivel mínimo.

Gráfico No. 2

Coeficientes por áreas y CIT: Coeficiente intelectual total





Índice de comprensión verbal (ICV) Índice de razonamiento perceptual (IRP)
Índice

de memoria de trabajo (IMT) Índice de velocidad de procesamiento (IVP)

Coeficiente intelectual total (CIT) En el gráfico se expresan las puntuaciones indicadas en las tablas y gráficos anteriores trasladadas a Coeficiente y CIT corresponde al coeficiente intelectual total.

Cuantitativo: Ha obtenido una puntuación compuesta de 72 indicando una clasificación de “Límitrofe”

Cualitativo: Las áreas de menor puntaje son: Semejanzas, se trata de los procesos que son básicos para progresar adecuadamente en cualquier tipo de aprendizaje (comprensión y uso de la lengua, matemáticas, etc...); Sucesión de números y letras, la cual implica la capacidad de procesamiento, de operar ante determinados estímulos sensoriales; Búsqueda de símbolos la que constituye la atención sostenida y la capacidad de discriminación visual.

7. CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO FUNCIONAL:

a) Déficit intelectual: Aunque el Coeficiente Intelectual (CI) es de 72 que correspondería a Límitrofe, sin embargo como se puede ver en el gráfico No 1, en el perfil existen puntuaciones de subescalas que se encuentran en el promedio y por eso habría que hacer el diagnóstico diferencial con Trastornos específicos del aprendizaje. Para confirmación del diagnóstico definitivo se debe intervenir y reevaluar en 6 meses.

b) Superdotación: No tiene.

c) Déficit atencional, hiperactividad y conducta: Alta sospecha de déficit de atención e hiperactividad.

d) Trastornos específicos del aprendizaje: el perfil de las puntuaciones hacen también sospechar de este trastorno habría que reevaluar.

e) Autismo: No

f) Discapacidad: No

g) Competencia Curricular: no acorde a su año de escolaridad

8. PLAN DE INTERVENCIÓN

- Se recomienda que el niño asista a terapia psicopedagógica.
- Crear un ambiente favorable en la escuela para que el joven pueda tener un aprendizaje de acuerdo a sus capacidades.
- Trabajo con la familia.
- Reevaluación en 6 meses luego de un plan de intervención.

9. CONSEJOS CLAVES PARA TRABAJAR EN EL AULA

a. Trabajar en la atención

- De números, letras o símbolos.
- Hallar figuras geométricas, completando puntos, laberintos
- Buscar personajes o 7

diferencias



- **b. Disminuir hiperactividad**
- **Técnicas Conductuales:** se usa para trabajar en las conductas no deseadas del adolescente acompañado de reforzamientos positivos que pueden incluir alabanza, atención positiva, recompensas y privilegio.
- **Economía de fichas:** Los reforzadores que se usan son fichas que después se intercambiarán por algo que al sujeto le guste. Para eliminar la conducta indeseable se hará a través de la pérdida de las mismas, que en primer lugar se deben dejar claros los objetivos que se van a trabajar, así como los premios a los que se podrá acceder mediante la realización de conductas específicas, y fijación de “precios en fichas” para cada uno de ellos, las fichas deben administrarse una vez realizada la conducta, el tipo de fichas dependerá de las características y gustos del individuo. la

persona ha de poder elegir entre diversos premios, debe mantenerse un equilibrio entre las fichas que se ganan y las que se gastan, el precio de los premios debe estar ajustado a la frecuencia de su consumo, a las preferencias de la persona y a su coste económico, es conveniente fijar cuándo se van a hacer los intercambios y estipular un sistema de ahorro, puede usarse tanto a nivel individual como grupal y es útil para una gran variedad de conductas.

Dra. María de Lourdes Huiracocha
T. Directora de Tesis

Lic. Jessica Puchi Profesional
coordinadora del equipo

Ana Gabriela Cañar Méndes
Tesisista

María Belén Vélez Jaigua
Tesisista



UNIVERSIDAD DE CUENCA